

様式第13号(第10条関係)

障害者医療費受給資格変更届												
年 月 日												
浅口市長 様												
届出人 住 所 浅口市 氏 名												
受給資格認定の審査(更新にかかる調査も含む。)に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況(保険情報については個人番号による情報連携を含む。)を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。												
受 給 資 格 者 番 号												
受給資格者	氏 名											
	個 人 番 号											
	生 年 月 日											
	住 所 (居 住 地)											
変更事項												
1 氏 名												
2 住 所												
3 加入保険関係												
(1)被保険者名												
(2)保険者名												
(3)記号番号												
(4)附加給付の内容												
(5)その他												
4 属する世帯の世帯主及び世帯員の状況												
(1)構成員の異動												
(2)所得又は課税状況												
(3)その他												
5 その他												
変 更 年 月 日												
年 月 日												

※障害者医療費受給資格証及び個人番号カード等を添えて提出してください。
※本人及び世帯員の個人番号の変更についても、「その他」へ記載してください。